





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

دانشکده پزشکی

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکترای تخصصی

طب داخلی

موضوع

بررسی مقایسه تاثیر نحوه تزریق استرپتوکیناز بر کارایی آن در بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی
حاد بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی در بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال ۹۰-۱۳۸۹.

استاد راهنما:

دکتر بیژن زمانی

استاد مشاور:

دکتر عدالت حسینیان

نگارش:

دکتر احمد شکر درگاهی

شماره پایان نامه:

۰۹

سال تحصیلی: ۹۰-۸۹

تقدیم به پیشگاه خدایی

که لیاقت خدمت به بشریت را به ما بخشید و در سایه توجهاتش،
دست ما را شفابخش دل درمندان و بیماران قرار داد.

تقدیم به :

دو باغبان زندگی ام

پدر و مادر مهربانم

آنان که فروغ نگاهشان، گرمی کلامشان و روشنایی وجودشان
سرمایه جاودانی زندگی من است.

تقدیم به :

بهترین همدل

و

همراه زندگی ام

یگانه خورشید آسمان قلبم

همسرم

که در طی کردن این مسیر همواره پشتیبان و همراهم بود.

تقدیم به :

فرزندانم

شاهین و حمیدرضا (عرفان)

به زیبائیهای زندگی ام که وجودشان روشنی بخش زندگی ام می باشد.

تقدیم به اساتید بزرگوارم

جناب آقای دکتر بیژن زمانی

جناب آقای دکتر عدالت حسینیان

که مرا آموختند

و با تشکر و سپاس از آقای دکتر باباپور، آقای دکتر صادقیه اهری،
آقای دکتر فرزانه، خانم مهناز آذری، خانم خورشید رفیعی و همه
دوستان و همکاران که در این امر مهم مرا یاری نمودند.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: طرح تحقیق	
۱-۱- بیان مسئله	۲
۲-۱- هدف کلی	۴
۱-۲-۱- اهداف اختصاصی	۴
۳-۱- فرضیات یا سوالات پژوهش	۴
۴-۱- تعریف واژه ها	۵
۵-۱- محدودیت های پژوهش	۶
فصل دوم: پیشینه تحقیق یا بررسی متون	
۱-۲- آناتومی	۸
۲-۲- مسیر گردش خون	۹
۳-۲- سیستم هدایت الکتریکی	۱۱
۴-۲- فیزیولوژی گردش خون و چرخه قلبی	۱۲
۵-۲- عملکرد قلب	۱۴
۶-۲- فیزیولوژی گردش کرونر	۱۵
۷-۲- فیزیولوژی گردش خون عمومی	۱۷
۸-۲- فیزیولوژی گردش خون ریوی	۱۸
۹-۲- عوامل خطر ساز بیماریهای قلبی عروقی	۱۹
۱۰-۲- علایم بیماری قلبی	۲۱
۱۱-۲- کیفیت درد قلبی	۲۲

- ۲-۱۲- محل درد قلبی ۲۲
- ۲-۱۳- علائم شایع همراه درد قلبی ۲۳
- ۲-۱۴- علل درد قلبی ۲۳
- ۲-۱۵- عوامل خطر آفرین درد قلب ۲۴
- ۲-۱۶- اقدامات درمانی اولیه ۲۵
- ۲-۱۷- اقدامات درمانی در بیمارستان ۲۶
- ۲-۱۸- علل غتر قلبی درد سینه ۲۶
- ۲-۱۹- علل اورژانسی درد سینه ۲۷
- ۲-۲۰- سکته قلبی (MI) ۲۷
- ۲-۲۱- علل، شتوع و عوامل خطر ۲۸
- ۲-۲۲- داروهای ضد انعقادی (آسپرین و پلاویکس) ۳۰
- ۲-۲۳- جراحی و سایر اقدامات ۳۱
- ۲-۲۴- استرپتوکتناز Streptokinase ۳۵
- ۲-۲۴-۱- کنترا اندیکاستون های استرپتوکتناز (STK) (مطلق) ۳۶
- ۲-۲۴-۲- شرایط شروع تزریق استرپتوکتناز ۳۷
- ۲-۲۴-۳- معیارهای تأثیر استرپتوکتناز: ۳۷
- ۲-۲۴-۴- مقدار و نحوه آماده کردن استرپتوکتناز ۳۸
- ۲-۲۴-۵- اقدامات و مراقبت های پرستاری تزریق استرپتوکتناز ۳۸
- ۲-۲۵- مروری بر مطالعات قبلی ۴۰

فصل سوم: شیوه اجرای تحقیق

- ۳-۱- نوع پژوهش ۴۶

۴۶.....	۳-۲- جمعیت مورد مطالعه
۴۶.....	۳-۳- نمونه برداری و روش نمونه گیری
۴۷.....	۳-۴- متغیرها
۴۷.....	۳-۵- جدول متغیرها
۴۸.....	۳-۶- ابزار گرد آوری
۴۸.....	۳-۷- روش کار
۴۹.....	۳-۸- ملاحظات اخلاقی
	فصل چهارم: یافته ها
۵۱.....	۴-۱- نتایج
	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۷۲.....	۵-۱- بحث و نتیجه گیری
۷۷.....	۵-۲- پیشنهادات
۷۸.....	منابع
۸۱.....	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول شماره ۴-۱- توزیع فراوانی نسبی وضعیت سنی در دو گروه مورد و شاهد.....	۵۴
جدول شماره ۴-۲- توزیع فراوانی نسبی وضعیت ازدواج در دو گروه مورد و شاهد.....	۵۵
جدول شماره ۴-۳- توزیع فراوانی نسبی وضعیت جنسی در دو گروه مورد و شاهد.....	۵۵
جدول شماره ۴-۴- توزیع فراوانی نسبی محل درگیری قلب در مبتلایان به MI در دو گروه مورد و شاهد.....	۵۶
جدول شماره ۴-۵- توزیع فراوانی نسبی عوامل خطر ساز برای ابتلا به MI در دو گروه مورد و شاهد.....	۵۷
جدول شماره ۴-۶- توزیع فراوانی نسبی تغییرات نوار قلبی در دو گروه مورد و شاهد پس از تزریق SK.....	۵۸
جدول شماره ۴-۷- توزیع فراوانی نسبی تغییرات اکوی قلبی در دو گروه مورد و شاهد پس از تزریق SK.....	۵۹
جدول شماره ۴-۸- توزیع فراوانی نسبی اختلالات دیاستولیک در اکوی مبتلایان به MI در دو گروه مورد و شاهد.....	۶۰
جدول شماره ۴-۹- توزیع فراوانی نسبی اختلالات سیستولیک در اکوی مبتلایان به MI در دو گروه مورد و شاهد.....	۶۱
جدول شماره ۴-۱۰- توزیع فراوانی نسبی عوارض ایجاد شده د ر اثر تزریق SK در دو گروه مورد و شاهد.....	۶۲
جدول شماره ۴-۱۱- توزیع فراوانی نسبی عوارض قلبی در مبتلایان به MI دریافت کننده SK در دو گروه مورد و شاهد.....	۶۳
جدول شماره ۴-۱۲- توزیع فراوانی نسبی عوارض قلبی در مبتلایان به MI دریافت کننده SK در دو گروه مورد و شاهد.....	۶۴

جدول شماره ۴-۱۳- توزیع فراوانی نسبی عوارض خونی در مبتلایان به MI دریافت کننده SK

در دو گروه مورد و شاهد ۶۵

جدول شماره ۴-۱۴- توزیع فراوانی نسبی PT قبل از تزریق SK در دو گروه مورد و شاهد

..... ۶۶

جدول شماره ۴-۱۵- توزیع فراوانی نسبی PT بعد از تزریق SK در دو گروه مورد و شاهد ۶۷

جدول شماره ۴-۱۶- توزیع فراوانی نسبی INR قبل از تزریق SK در دو گروه مورد و شاهد

..... ۶۷

جدول شماره ۴-۱۷- توزیع فراوانی نسبی INR بعد از تزریق SK در دو گروه مورد و شاهد

..... ۶۸

جدول شماره ۴-۱۸- توزیع فراوانی نسبی میانگین و انحراف معیار PTT قبل و بعد از تزریق

SK در دو گروه مورد و شاهد ۶۹

شماره ۴-۱۹- توزیع فراوانی نسبی میانگین و انحراف معیار INR قبل و بعد از تزریق SK

در دو گروه مورد و شاهد ۷۰

AMI: Acute Myocardial Infarction

AVN: Atriaf retriular vocle

CO: Cardiac output

CRP: C-Reactive potion

CPR: Cardiac pulmonary resuscitation

CVP: Cerebro vascular accident

ECG: Electro cardio gram

HR: Heart rate

LAD: Left anterior descending artery

MI: Myocardial Infarction

PDA: Post descending artery

PT: Prothrombin time

PTT: Partial Thromboplastin time

SK: Streptokinase

STEMI: ST-Elevation myocardial Infarction

SV: Stroke volum

بررسی مقایسه تاثیر نحوه تزریق استرپتوکیناز بر کارایی آن در بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی حاد بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی در بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال ۹۰-۱۳۸۹.

چکیده

مقدمه: انفارکتوس قلبی یکی از شایع ترین بیماری قلبی در تمام کشورهاست. میزان مرگ و میر مبتلایان به این بیماری حدود ۳۰٪ بوده است. برقراری مجدد جریان خون کرونری مسدود شده نقش بسزایی در کاهش مرگ و میر و کیفیت زندگی بیماران متعاقب انفارکتوس حاد میوکارد بعده دارد. در حال حاضر روشهای گوناگونی جهت برقراری جریان خون کرونری وجود دارد که شامل استفاده از داروهای ترومبولیتیک می باشد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی می باشد که هدف مقایسه کارایی استرپتوکیناز وریدی در تزریق اهرسته و شتاب دهنده می باشد شامل دو گروه، گروه اول شاهد (تزریق روتین استرپتوکیناز، تزریق یک ساعته یا آهسته وریدی) (گروه دوم، مورد) (تزریق نیم ساعته استرپتوکیناز، تزریق شتاب دهنده وریدی) می باشد. حجم نمونه براساس مطالعات قبلی، ۱۰۰ نفر در هر گروه ۵۰ نفر تعیین گردید و روش نمونه گیری تصادفی بوده است. ابزارگردآوری داده ها پرسشنامه ای که شامل ویژگی های فردی (سن، جنس، محل سکونت، شغل، وضعیت تاهل، سابقه مصرف دخانیات)، سابقه بیماری دیابت، فشارخون، هیپرلیپیدمی و بیماری ایسکیمی قلبی، نوع انفارکتوس، تغییرات نوار قلبی واکوکاردیوگرافی قبل و بعد از تزریق دردوگروه، عوارض تزریق SK (عوارض قلبی و عروقی، خونی و آلرژیک) می باشد با مراجعه به پرونده بیمار و مطالعه نوار قلبی واکو قبل و بعد از تزریق جمع آوری گردید در تمام بیماران مقایسه نوار قلبی ۶ ساعت بعد از تزریق با نوار قلبی قبل از تزریق مقایسه گردید. برای تمام بیماران که معیارهای ورود را داشتند پس از توضیح هدف پژوهش رضایت کتبی گرفته شد و SK ۱/۵ میلیون واحد داخل ورید توسط خود پژوهشگر تزریق گردید و عوارض حین و بعد از تزریق توسط پژوهشگر دیگری مشاهده و ثبت گردید و نوار قلبی، اکو و جواب آزمایشات بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان از روی پرونده توسط خود پژوهشگر بررسی و ثبت گردید. داده ها پس از جمع آوری در نرم افزار SSPS وارد و با استفاده میانگین و انحراف معیار و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بیشترین بیمار مبتلا به MI در هر دو گروه، ۶۰-۵۱ ساله (۳۸٪ و ۳۲٪)، متاهل (۹۰٪ و ۹۲٪)، مرد (۶۲٪ و ۷۶٪)، محل درگیری: قسمت تاجانی قلب (۲۶٪ و ۲۶٪)، سابقه ای از عوامل خطر ساز (۵۴٪ و ۵۶٪) در گروه شاهد به ترتیب شیوع دیابت ۱۶٪، فشارخون ۱۴٪، هیپرلیپیدمی و مصرف دخانیات هرکدام ۸٪، ترکیبی از چند بیماری ۶٪ و سابقه قلبی MI ۱٪ و در گروه مورد فشارخون بالا ۱۴٪، دیابت ۱۰٪، سابقه قلبی MI و مصرف دخانیات هرکدام ۸٪، هیپرلیپیدمی ۶٪ عوامل خطر ساز همراه با MI می باشند. نتیجه پژوهش در مورد برقراری مجدد جریان خون کرونریشان داد که در نوار قلبی بیشترین افراد دریافت کننده SK در هر دو گروه شاهد و مورد به ترتیب (۶۰٪ و ۸۴٪) ارتفاع قطعه ST کاهش یافته است از نظر آماری بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد و EF در دو گروه به ترتیب (۵۲٪ و ۵۷٪) بالای ۵۰ بوده است. در مورد عوارض ناشی از تزریق که از افراد مبتلا به MI دریافت کننده SK در هر دو گروه شاهد و مورد به ترتیب (۴۶٪ و ۵۶٪) دچار عوارض وازمیان عوارض تزریق SK، عوارض قلبی در دو گروه به ترتیب (۳۰٪ و ۳۸٪)، عوارض آلرژیک (۳۲٪) و (۲۲٪) و عوارض خونی (۳۲٪) و (۲۲٪) بود که از نظر آماری بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: باتوجه به نتایج این مطالعه می توان باتزریق تسریع شده (۳۰ دقیقه ای) SK در بهبود و برقراری مجدد جریان خون کرونری به بیماران MI کمک کرد.

کلمات کلیدی: اسکته قلبی، استرپتوکیناز وریدی، نحوه تزریق.

فصل اول:

طرح تحقیق

۱-۱- بیان مسئله:

انفارکتوس قلبی یکی از شایع ترین بیماری قلبی در تمام کشورهاست. میزان مرگ و میر مبتلایان به این بیماری حدود ۳۰٪ بوده که بیش از نیمی از موارد در یک ساعت اول بروز علائم و قبل از رسیدن بیمار به بیمارستان روی می دهد. در ایالات متحده هر ساله حدود یک و نیم میلیون نفر دچار سکته قلبی حاد می شوند که رقمی نزدیک یک نفر در هر ۲۰ ثانیه می باشد. میزان بروز سالیانه سکته قلبی حاد در هرثانیه ۱۰۰۰ نفر از جمعیت امریکا در محدوده سنس ۳۵ تا ۹۵ سال، ۲۳ مورد در مردان و ۹ مورد در زنان می باشد. (۱) در کشورهای در حال توسعه و همچنین ایران نیز به دلیل افزایش امید به زندگی، سهم بیماریهای قلبی-عروقی در میان عوامل منتهی به مرگ در حال افزایش است. (۲) اختلاف نظر زیادی در مورد نقش ترمبوز در سکته قلبی حاد وجود دارد در حال حاضر یک توافق کلی وجود دارد مبنی بر این که سکته قلبی حاد و کشنده بیش از ۹۰٪ موارد ناشی از تشکیل ترومبوس بر روی پلاک آترواسکلروتیک موجود در شریان های کرونری بوده که منجر به انسداد کامل جریان خون کرونر گرفتار و نکروز میوکارد می گردد. اگر توقف کامل جریان خون کرونری بیش از ۲۰ دقیقه طول بکشد منجر به نکروز میوکارد از جمله ناحیه ساب اندوکارد گردیده که بتدریج به سمت اپیکارد پیشروی نموده و پس از ۶-۴ ساعت تمامی ضخامت دیواره قلب را در بر می گیرد. (۳)

معیار تشخیص انفارکتوس میوکارد بر اساس تشخیص متخصص قلب و عروق و معیارهای سازمان بهداشت جهانی شامل دو مورد از علائم وجود درد آثرین قفسه سینه بیش از نیم ساعت و صعود قطعه ST مساوی یا بیشتر از یک میلی متر در دو لید مجاور و یا بالا رفتن آنزیم های قلبی بیش از دو برابر می باشد. (۴) در حال حاضر روشهای گوناگونی جهت برقراری جریان خون